Aus dem Zahnärztlichen Institut der Universität Marburg-Lahn
(Direktor: Professor Dr. H. Fliege).

Zahnärztliche Versorgung der Hitler-Jugend.

Betrachtungen auf Grund von zahnärztlichen Untersuchungen des Bannes 224 der HJ in Marburg-Lahn im Jahre 1938.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades in der Zahnheilkunde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

Rudolf Buck
approb. Zahnarzt
aus Braunschweig.

Marburg/Lahn 1939

R. Friedrich's Universitäts-Buchdruckerei (Inh.: Karl Gleiser) Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg
am 27. 9. 1939.

Referent: Professor Dr. H. Fliege.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Mutter!

Gliederung.

Einleitung 5
Der zahnärztliche Dienst auf Grund der „Gesundheitsordnung der Hitlerjugend“ vom 1. Mai 1939 8
Die HJ-Zahnuntersuchungen der Fachschaft Zahnmedizin Marburg im Jahre 1938 9
Arbeitsgang 9
Die Ergebnisse der Untersuchungen 11
Die Karies 12
Die Stellungsanomalien 19
Folgerungen im Hinblick auf eine allgemeine Jugendzahnpflege . . 21
Zusammenfassung 23
Schrifttum 25

„Jungen und Mädel des Führers, Ihr habt die Pflicht, gesund zu sein".

Baldur von Schirach aus Anlaß der Erklärung des Jahres 1939 zum „Jahr der Gesundheitspflicht".

Schon frühzeitig erkannten die verantwortlichen Stellen der HJ, welche Bedeutung einer zahnärztlichen Ueberwachung der in der HJ zusammengefaßten Jugend zukommt. Dieses erklärt sich aus den verschiedensten Gründen. Einmal sah man, in Lagern, beim Reichsparteitag, dem Deutschlandlager 1932 in Potsdam und ähnlichen Anlässen, welche Schwierigkeiten kranke Zähne einem geordneten Lagerbetrieb bereiten können.

Die Jungen oder Mädel sind bei diesen Veranstaltungen oft starken Witterungseinflüssen, wie Regen und Zug, sowie körperlichen Anstrengungen ausgesetzt, und plötzlich treten bei einzelnen Lagerteilnehmern starke Zahnschmerzen auf Grund akuter Pulpitiden oder chronischer Parodontitiden auf. In manchen Fällen hatten die Jungen schon zu Haus Zahnschmerzen gehabt, hatten aber nichts gesagt, um nicht von der Lagerteilnahme ausgeschlossen zu werden. Oft sind die Lager weit vom nächsten Zahnarztsitz entfernt, sodaß ganze Tage durch den Weg zum und vom Zahnarzt, der sich als unbedingt notwendig erweist, verloren gehen.

Andererseits sah die RJF (Reichsjugendführung) auch bald, welche Schäden dem jugendlichen Körper auch sonst noch durch schlechte Gebißverhältnisse zugefügt werden. Die Kaufähigkeit kann vermindert sein, selbst dann, wenn noch alle Kaueinheiten vorhanden sind, ganz abgesehen von der Kauverminderung durch den Verlust ganzer Zähne oder Zahngruppen. Es ist möglich, daß ein Zahn chronisch erkrankt ist, er bereitet Schmerzen beim Kauen, der Junge schont darauf diese Seite, kaut die Speisen schlecht, und Magenbeschwerden können die Folge sein.

Weiterhin ist auch bekannt, welchen Einfluß die Zähne auf Grund von fokaler Infektion auf den Gesamtorganismus ausüben, Gelenkrheumatismus, Herz- und Nierenleiden und ähnliche Krankheiten können dadurch entstehen.

Besonders die Kieferanomalien können in der verschiedensten Weise den Einzelnen wie die Gesamtheit belasten. So kann z. B. der offene Biß der Anlaß zu wiederholten Anginen sein, deren Behandlung unnötige Summen verschlingt. Hierbei ist auch noch an den dadurch entstehenden Arbeitsausfall zu denken, den wir uns bei unserem angespannten Arbeitsmarkt schlecht leisten können.

Die Sprache kann durch Fehlen einzelner Zähne oder durch Kieferanomalien ungünstig beeinflußt werden und so das soziale Fortkommen des Einzelnen erschweren. Zu dem gleichen Ergebnis, besonders bei der weiblichen Jugend, können Anomalien führen, die das Aussehen ungünstig beeinflussen und dadurch die Heiratsaussichten der Betreffenden wesentlich verschlechtern.

Selbst die Wehrkraft des deutschen Volkes wird durch den Zahnzustand ungünstig beeinflußt. So schreibt Richter: „. . . daß der 20. Teil der Gemusterten, d. h. also ungefähr zwei Armeekorps, wegen verstümmelter oder kariöser Zähne nicht voll tauglich ist".

Daß dies alles auf die Dauer untragbar ist, ist selbstverständlich und wurde auch bald von den Stellen erkannt, denen das Wohl der Jugend anvertraut ist.

Als daher im Jahre 1933 das Soziale Amt der RJF aufgebaut wurde, dem zunächst neben der Jugendpflege, dem Landdienst, dem Jugendrecht und der Berufsschulung auch der Gesundheitsdienst unterstand, wurde der Leiter des „Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege an den Schulen", Dr. Kientopf, mit der Bearbeitung zahnärztlicher Fragen im Stabe der RJF beauftragt.

Der Rest des Jahres war mit den nötigen Vorbereitungen und Verhandlungen ausgefüllt, damit der erste Einsatz beim Reichsparteitag, dem ersten nach der Machtübernahme, noch im gleichen Jahre erfolgen konnte. Geld war für diesen Zweck innerhalb der HJ mit ihren mannigfachen Aufgaben damals noch nicht vorhanden. Dankenswerterweise stellte dies aber der Reichszahnärzteführer zur Verfügung. Der Landrat des Kreises Jüterbog lieh eine stillliegende, früher zur Schulzahnpflege benutzte automobile Station, die die Firma Daimler-Benz nach Berlin überführte und kostenlos überholte. Der Verwaltungsbezirk Kreuzberg-Berlin stellte die Materialien und Instrumente zur Verfügung und beurlaubte zwei seiner Schulzahnärzte für das Lager, sodaß man nach vielen Schwierigkeiten in Nürnberg auf der Russenwiese schließlich beginnen konnte.

Die Notwendigkeit dieser Arbeit, die vorher von manchen bezweifelt worden war, wurde dann durch den Erfolg bestätigt. Die Station war ständig bis spät abends im Betrieb, und oft begann die Behandlung schon morgens wieder um $^1/_2$5 Uhr. Ge-

leistet wurde und wird nur erste Hilfe, Schmerzbeseitigung; endgültige Füllungen werden nicht gelegt.

Seitdem wurde Nürnberg insgesamt sechsmal versorgt; der Jüterboger Wagen wurde 1934 vom Deutschen Zentralkomitee für Zahnpflege an den Schulen angekauft und der HJ übereignet. Außerdem stellte später die Schulzahnpflege des Landkreises Köln ihre motorisierte Station zur Verfügung, sodaß das Lager Langwasser seit mehreren Jahren von zwei Stationen versorgt wird. Eine weitere Station steht für das Lager des BDM in Bamberg bereit.

Die zahnärztliche Versorgung der HJ wurde in den folgenden Jahren weiter ausgebaut. Nach der Durchführung des ersten Einsatzes in Nürnberg 1933 wurde erstmalig im Verordnungsblatt der RJF vom 15. 7. 1934 vom Sozialen Amt der RJF auf die Bedeutung des Gebisses und die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Betreuung hingewiesen. Es wurden Zahnärzte eingestellt, die meistens von anderen Parteigliederungen übernommen wurden.

Von Anfang an stand es fest, daß Dentisten, die auf Grund der Reichsversicherungsordnung zur Behandlung gewisser Mund- und Kieferkrankheiten nicht zugelassen sind, auch mit der Beurteilung solcher Erkrankungen nicht betraut werden konnten. Sie haben aber die Möglichkeit, auf heilkundlichem Gebiet als Feldschere tätig zu sein. Die Behandlung von HJ-Angehörigen außerhalb des zahnärztlichen Dienstes ist ihnen im Rahmen der durch die Gesetze gegebenen Möglichkeiten selbstverständlich gestattet.

Die Feldschertätigkeit ist ebenfalls für die Studenten der Zahnheilkunde gegeben und erwünscht, um so später Formationszahnärzte zu erhalten, die in der HJ von der Pike auf gedient haben.

Nachdem im Anfang des Jahres 1935 das Gesundheitsamt aus dem Sozialen Amt herausgenommen und ein selbständiges Amt für Gesundheitsführung der RJF wurde, das dem Reichsarzt der HJ untersteht, wurde einige Zeit später auf Grund eines Uebereinkommens der RJF mit dem Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP der truppenärztliche Dienst vom Volksgesundheitsdienst getrennt. Der truppenärztliche Dienst wird durch HJ-Aerzte und Feldschere ausgeübt, der Gesundheitsdienst durch die Jugenddienststellen des Hauptamtes für Volksgesundheit und sämtliche hierbei zugelassenen Aerzte.

Die Frage, ob die bereits im truppenärztlichen Dienst eingesetzten Zahnärzte auch im Volksgesundheitsdienst weiter arbeiten sollten, wurde durch eine Entscheidung des Reichsärzteführers Dr. Wagner 1937 dahingehend geklärt, daß ihr Einsatz in der gesamten Gesundheitsführung der HJ angeordnet wurde.

Der zahnärztliche Dienst auf Grund der „Gesundheitsordnung der Hitlerjugend“ vom 1. Mai 1939.

Die zahnärztliche Versorgung der HJ stellt sich jetzt folgendermaßen dar: Die Zahngesundheitspflege geschieht in Form einer jährlichen Untersuchung zusammen mit dem allgemeinen Gesundheitsappell der deutschen Jugend im April eines jeden Jahres. Sie kann neben den HJ-Zahnärzten durch alle politisch zuverlässigen Zahnärzte und Zahnärztinnen erfolgen, die durch das Hauptamt für Volksgesundheit namhaft gemacht werden.

Hierbei wird die Behandlungsbedürftigkeit festgestellt und Zahnbehandlung angeordnet. Es wird überprüft, ob der Jugendliche der Anordnung, sich zahnbehandeln zu lassen, nachgekommen ist und ob er eine gute Zahn- und Mundpflege treibt. Besonders zu achten ist hierbei auch auf Kieferanomalien. Gleichzeitig hiermit hat eine Belehrung über die Zahngesundheitspflege und die damit zusammenhängenden Fragen zu erfolgen. Die Behandlung erfolgt durch Zahnärzte oder Dentisten nach freier Wahl außerhalb des Gesundheitsdienstes der HJ. Wird bemerkt, daß eine Behandlung aus finanziellen Gründen nicht möglich ist, so wird das Soziale Amt der HJ auf den Fall aufmerksam gemacht, das dann die nötigen Schritte einleitet.

Darüber hinaus besteht für die Teilnehmer an größeren Fahrten, besonders Auslandsfahrten, dem „Adolf-Hitler Marsch der deutschen Jugend“ und den Teilnehmern am Reichsparteitag eine Zahnuntersuchungs- und Behandlungspflicht vor der Genehmigung zur Teilnahme.

Behandlungen werden nur bei größeren Lagern und dem Reichsparteitag vorgenommen, die sich jedoch nur auf die Schmerzbeseitigung erstrecken. Hierfür stehen für das Lager Langwasser zwei, sowie für das BDM-Lager in Bamberg eine motorisierte Station zur Verfügung.

Organisatorisch gliedert sich der zahnärztliche Dienst in der HJ folgendermaßen: Beim „Chef des Amtes für Gesundheitsführung“ der RJF besteht ein Hauptreferent für zahnärztliche Fragen.

Im Gebietsbereich sind den dortigen Gesundheitsabteilungen Sachbearbeiter mit der Bezeichnung Gebietszahnarzt beigegeben.

Jeder Gesundheitsstelle im Bannbereich soll ein Mitarbeiter mit der Bezeichnung Bannzahnarzt angehören.

An Diensträngen sind vorhanden: die Truppenzahnärzte HJ, Hauptzahnärzte HJ und der Hauptstabszahnarzt HJ. Sie tragen besondere Schulterklappen, sowie blaue, viereckige Armscheiben mit einer silbergestickten Lebensrune.

Für Studenten der Zahnheilkunde sowie in der Ausbildung stehende Dentisten besteht die Möglichkeit, sich als Feldschere im Gesundheitsdienst einzusetzen.

Die zahnärztliche Versorgung des BDM entspricht vollkommen dem eben aufgezeigten Zahnarztdienst der HJ.

Die HJ-Zahnuntersuchungen der Fachschaft Zahnmedizin Marburg im Jahre 1938.

Da es bisher im Standort Marburg noch nicht möglich war, einen Bannzahnarzt in der HJ einzusetzen, entschloß sich im April des Jahres 1938 die Fachschaft Zahnmedizin im Hinblick auf die Wichtigkeit, die einer zahnärztlichen Ueberwachung der HJ zukommt, hier von sich aus in die Bresche zu springen.

Innerhalb einer Arbeitsgemeinschaft der Studenten der klinischen Semester sollte in Form von Reihenuntersuchungen der Gebißzustand der Marburger HJ untersucht werden, wobei die Jungen gleichzeitig auf die Wichtigkeit der Zahn- und Mundpflege hingewiesen und nötigenfalls zur Behandlung aufgefordert werden sollten. Zum Leiter dieser Arbeitsgemeinschaft wurde ich bestimmt.

Dankenswerterweise hatte der damalige zuständige Bannarzt, Dr. Schulte, vollstes Verständnis für unsere Gedankengänge und unterstützte uns, soweit es nötig war, bei der Bannführung.

Ursprünglich war geplant, diese Erhebungen gleichzeitig mit dem Gesundheitsappell durchzuführen. Auf Grund einiger technischer Schwierigkeiten konnten wir mit den Untersuchungen jedoch erst Anfang Juni beginnen, nachdem der Gesundheitsappell des Jahres 1938 bereits beendet war. In Zukunft sollen die gleichen Erhebungen jedoch alljährlich zusammen mit diesen allgemeinen medizinischen Untersuchungen durchgeführt werden, um so in Marburg das erstrebte Ziel zu erreichen, neben der ärztlichen auch eine ständige zahnärztliche Betreuung der HJ zu haben.

Arbeitsgang.

Die Untersuchungen selbst führten wir nach Rücksprache mit dem Bannführer während des regelmäßigen Dienstes an den Heimabenden der Gefolgschaften in den Monaten Juni und November 1938 durch, um so die Jungen nicht unnötig an einem weiteren Abend der Woche zu belasten.

Zunächst klärten wir die Jungen über den Sinn und Zweck unserer Arbeit auf und wiesen sie auf eine regelmäßige und vernünftige Zahnpflege hin. Wir forderten sie auf, sich täglich zweimal die Zähne zu putzen und dies besonders des Abends nicht zu vernachlässigen, da die dann sich festsetzenden Speisereste den Zahnverfall besonders begünstigten. Weiterhin rieten wir ihnen,

daß sie sich ihr Gebiß etwa halbjährlich nachsehen lassen sollen, damit etwa auftretende Schäden in einem Frühstadium ohne größere Schmerzen und Geldausgaben zu ihrem eigenen Besten beseitigt werden können. Schließlich versuchten wir ihnen in leicht verständlicher Form klarzumachen, welchen Einfluß kranke Zähne auf den Gesamtkörper ausüben können.

Nach diesen einleitenden Worten wurden jedesmal etwa 10 bis 20 Jungen in einem besonderen Raum des Heimes untersucht. Die übrigen Scharen der Gefolgschaft hielten in einem anderen Zimmer ihren normalen Dienst ab. Dadurch wurden die einzelnen Jungen höchstens etwa $^1/_2$ Stunde von ihrem sonst vorgesehenen Dienst abgehalten, und die jeweilige Schulung erlitt so gut wie keine Beeinträchtigung.

Da eine Zahnuntersuchung ohne nachfolgende Behandlung der erkrankten Zähne zwecklos ist, wiesen wir die Jungen an, sich in Zahnbehandlung zu begeben, indem wir an ihr Verantwortungsbewußtsein sich selbst und der Allgemeinheit gegenüber appellierten. Um uns über die Wirkung dieses Appells eine gewisse Klarheit zu verschaffen, gaben wir ihnen eine Bescheinigung zur Unterschrift seitens des behandelnden Zahnarztes oder Dentisten über die begonnene Zahnsanierung mit. Diesen Schein sollten sie innerhalb von 14 Tagen unterschrieben ihrem Scharführer zurückgeben. Ueber den Erfolg oder Mißerfolg dieses Appells kann ich keine genauen Angaben machen, da in den Semesterferien ein Teil dieser zurückgegebenen Bescheinigungen in Verlust geraten waren.

Da in Marburg, wie oben erwähnt, noch kein Bannzahnarzt eingesetzt ist, war die Behandlungsaufforderung von dem Bannarzt Dr. Schulte unterschrieben. Sie hatte folgenden Wortlaut:

Bann 224 Marburg, den 1938
Gesundheitsstelle

Der Jg. ..... wird auf Grund der heutigen Zahnuntersuchung aufgefordert, sich in seinem eigenen Interesse sofort in Zahnbehandlung zu begeben. Dieser Schein ist beim nächsten Heimabend mit der Unterschrift des aufgesuchten Zahnarztes dem Scharführer zurückzugeben.

(Unterschrift des Untersuchenden) (gez. Dr. Schulte
F. d. R. Bannarzt)

Ich bescheinige hiermit, daß sich der Jg. ..... heute bei mir zur Zahnsanierung — nicht Schmerzbeseitigung — gemeldet hat.

Marburg, den 1938
Stempel. Unterschrift.

Die Behandlung bei einem Zahnarzt oder Dentisten war selbstverständlich freigestellt.

Die Untersuchungen selbst wurden unter Mithilfe von Spiegel und Sonde ausgeführt, die uns der Direktor des Zahnärztlichen Institutes dankenswerterweise zur Verfügung stellte.

Je ein 3. oder 4. klinisches Semester nahm die Untersuchungen vor, und ein jüngerer Kollege wurde zum Niederschreiben der Ergebnisse herangezogen. Diese jüngeren Kollegen werden so allmählich in die Arbeit eingeführt und sollen dann bei dem nächsten Gesundheitsappell die Untersuchungen selbst vornehmen, während die jetzt jungen klinischen Semester, die gerade ihre zahnärztliche Vorprüfung bestanden haben, dann die Schreibarbeit übernehmen. Dadurch hoffe ich eine gewisse Stetigkeit bei den Untersuchungen zu erzielen, was bei einer studentischen Arbeit immer mit durch den schnellen Wechsel der Studierenden die größte Schwierigkeit bereitet.

Als Formblatt diente uns bei der ersten von uns vorgenommenen Erhebung im Jahre 1938 der Untersuchungsbogen der Fachgruppe Medizin, Sachgebiet Zahnmedizin. Da dieser, an und für sich für eine einmalige Untersuchung gute Bogen, für wiederholte Untersuchungen nicht vorgesehen ist, werden vom nächsten Gesundheitsappell ab die gelben Untersuchungskarten der „Arbeitsgemeinschaft für Jugend-, Zahn- und Mundpflege im Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst, Berlin SW 61" verwendet, die diese der Fachschaft freundlicherweise kostenlos zur Verfügung stellte. Dadurch wird es später möglich sein, alljährliche Veränderungen, hoffentlich Besserungen, festzustellen.

Nach Abschluß der Untersuchungen stellte ich dann die Ergebnisse jahrgangsmäßig in Listen zusammen und werte sie im folgenden aus.

Die Ergebnisse der Untersuchungen.

Untersucht wurden insgesamt in den ausgewerteten Geburtsjahrgängen 1920—1924 228 Jungen. Ihre Verteilung auf die einzelnen Jahrgänge zeigt die Tabelle 1:

Tabelle 1.

Die zahlenmäßige Verteilung der untersuchten Jungen auf die Jahrgänge 1920—1924.

Jahrgang	Zahl
1920	30
1921	66
1922	63
1923	45
1924	24

Die Jungen entstammten allen sozialen Schichten. Wir erfaßten sowohl Jungarbeiter aus kaufmännischen, landwirschaftlichen, industriellen und Handwerksbetrieben als auch höhere Schüler, was bei den meisten ähnlichen Untersuchungen bedauerlicherweise zumindest für diese Altersklassen nicht der Fall ist. Entweder werden nur Schüler oder z. B. bei Betriebserhebungen nur Fabrikarbeiter untersucht. Beides zu erfassen, ist vor den Wehrmachtsmusterungen nur in der HJ möglich.

Im folgenden möchte ich nun im einzelnen auf die Auswirkungen der Karies und die Kieferanomalien genauer eingehen.

Die Karies.

Seitdem Miller 1884 seine grundlegenden Erkenntnisse über die Karies veröffentlichte und dadurch das Kariesproblem aus der Sphäre bloßer Phantastereien in das Licht einer exakten Wissenschaft rückte, ist viel über die Ursachen derselben geschrieben worden und wird wohl noch Vieles geschrieben werden, denn alle dabei zu berücksichtigenden Faktoren sind noch lange nicht klar erkannt.

Es ist hier nicht der Platz, auf alle die verschiedensten Fragen, die dabei zur Debatte stehen, näher einzugehen. Nur möchte ich kurz aufzeigen, wie die heute meist gültige Ansicht darüber ist, da dies mit von bestimmender Bedeutung für die später zu behandelnde Kariesprophylaxe ist, der gerade in der Jugendzahnpflege eine besondere Bedeutung zukommt.

Ein Einfluß der Vererbung auf die Karies scheint nach den von Korkhaus angestellten Untersuchungen an eineiigen Zwillingen sowie ähnlichen Zufallsbefunden ausgeschlossen zu sein.

Als wesentlichstes Moment muß heute die Ernährung angesehen werden, und zwar sowohl eine mineralstoff- als vitaminreiche Ernährung sowohl während der Zahnentwicklung als auch im späteren Leben. So hält Schröder reichliche Gaben von Calciumphosphat, wenn möglich tierischen, für dringend erforderlich für die Zahnentwicklung und erachtet sie daher für wichtig, um der Karies entgegenarbeiten zu können. Dieses steht nach Schröder auch in Uebereinstimmung mit den Untersuchungen von Price und Jones an Primitivvölkern, die den geringen Phosphorgehalt der Zivilisierten mit als einen der Hauptfaktoren für die starke Zunahme der Karies unter den mit der Kultur in Berührung gekommenen Völkern ansehen.

Schiötz, Oslo, hält andererseits auf Grund des im dortigen Hygienischen Institut aus der ganzen Welt zusammengetragenen Materials eine Ernährung mit reichlicher und regelmäßiger Vitaminzufuhr, hauptsächlich der Vitamine C und D, für wichtiger, wenn er auch dem Ca und P seinen gebührenden Platz einräumt.

Auch Euler hält die Vitamine und Mineralstoffe für wesentlich für die Zahnstruktur und deren Resistenz gegenüber der Karies.

Die meisten neueren Untersuchungen lassen jedenfalls die durch die Ernährung gegebenen und sich in der Zahnstruktur auswirkenden Faktoren für wesentlich für die Entstehung der Karies erscheinen und stellen die chemisch-parasitären Vorgänge im Sinne Miller's oder Bunting's dahinter zurück.

Auf die sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kariesprophylaxe der Jugendlichen komme ich später noch zurück und wende mich nun meinen Untersuchungsergebnissen in Bezug auf die Karies zu.

Will ich zu einer genauen Feststellung der Kariesanfälligkeit kommen, so darf ich nicht nur die gerade z. Zt. der Untersuchung erkrankten Zähne auszählen, sondern muß auch die durch Füllungen oder Kronen wiederhergestellten Zähne hinzurechnen. Da bei den fehlenden Zähnen meistens die Karies die Ursache des Ausfalls oder zur Entfernung zumindest in dem von mir behandelten Alter ist, — während für das spätere Alter die Paradentose hierbei eine wesentliche Rolle spielt —, muß ich auch diese fehlenden Zähne bei der Feststellung der Kariesanfälligkeit mit in die Berechnung einbeziehen. Die retinierten oder auf Grund einer Fraktur oder kieferorthopädischer Maßnahmen entfernten Zähne stellen einen so geringen Hundertsatz aller fehlenden Zähne dar, daß man diese vernachlässigen kann; andererseits würde ein Außerachtlassen sämtlicher fehlenden Zähne ein durchaus ungenaues Bild der Kariesanfälligkeit der untersuchten Gebisse liefern.

Im folgenden ergibt sich daher die Kariesanfälligkeit aus der Gesamtzahl der z. Zt. der Untersuchung erkrankten, gefüllten, überkronten und fehlenden Zähne. Um einen besseren Eindruck der gefundenen Ergebnisse zu vermitteln und eventuelle Vergleiche zu erleichtern, führe ich dabei die gefundenen absoluten Ergebnisse umgerechnet für je 100 Gebisse an.

Insgesamt entfielen in dem Geburtsjahrgang 1924 575; 1923 606,6; 1922 579,4; 1921 687,8 und 1920 540, im Durchschnitt 610,5 im oben aufgeführten Sinne „erkrankte" Zähne auf 100 Gebisse. Das bedeutet also, daß in jedem untersuchten Gebiß durchschnittlich 6,105 nichtgesunde Zähne vorhanden waren, d. h. daß in dem Alter von 14—18 Jahren unter Berücksichtigung der normal in diesem Alter vorhandenen 28 Zähne die Karies 21,8 % aller Zähne ergriffen hatte. Die zahlenmäßige Verteilung auf die einzelnen Zähne des Ober- und Unterkiefers zeigt die folgende Tabelle 2.

Tabelle 2.

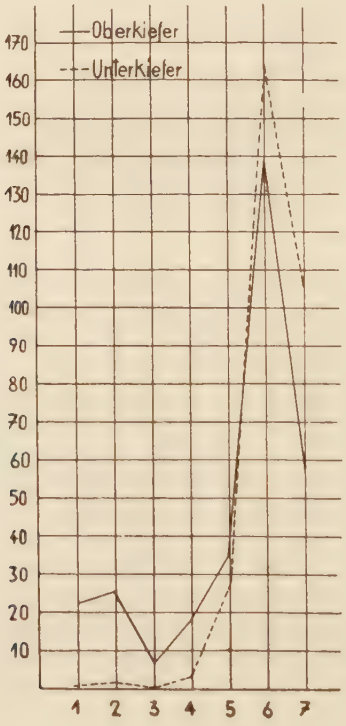
Die Kariesanfälligkeit der untersuchten Gebisse in Durchschnittswerten für je 100 Gebisse.

	Oberkiefer							Unterkiefer									
	7	6	5	4	3	2	1	7	6	5	4	3	2	1	OK	UK	v. H.
1924	41.7	145.8	12.5	16.6	8.3	37.5	50	75	154.1	25	8.3				312.6	262 4	575
1923	53.3	135.5	26.6	6.6	9	35.5	33.3	115.5	166.6	24.4					300.1	306.5	606.6
1922	58.7	134.9	41.2	15.9	7.9	20.6	17.4	98.4	159	19	3.1	1.6		1.6	296.6	282.7	579.4
1921	62.1	160.6	45.4	34.8	6.1	22.7	13.6	121.2	172.7	37.8	4.5		3	3	345.6	342.2	687.8
1920	63.3	96.6	33.3	6.6	3.3	20	16.6	106.6	153.3	30	3.3		6.6		240.2	299.8	540
	57.4	138.6	35.5	18.4	7	25.9	22.3	107	163.1	27.6	3.5	0.4	1 7	1.3	305.9	304.6	610.5

Zur besseren Uebersicht lasse ich diese Tabelle als graphische Darstellung als Tafel I folgen.

Tafel I.

Die Kariesanfälligkeit der untersuchten Gebisse in Durchschnittswerten für je 100 Gebisse.



Es zeigt sich, daß die Kariesanfälligkeit bereits in diesem Alter im Oberkiefer etwas größer ist als im Unterkiefer.

Im einzelnen sehen wir gleichlaufend im Ober- und Unterkiefer die kleinste Kariesanfälligkeit bei den Eckzähnen. Es folgen dann im Unterkiefer die mittleren und seitlichen Schneidezähne sowie der 1. und 2. Prämolar, während im Oberkiefer nach dem Eckzahn der 1. Prämolar und dann erst der 1. und 2. Schneidezahn sowie der 2. Prämolar folgt.

Bei den Frontzähnen und Prämolaren ist die Kariesanfälligkeit im Oberkiefer größer als im Unterkiefer. Dies ändert sich jedoch bei den Molaren, wo der Unterkiefer stärker als der Oberkiefer befallen ist. Dies kann wohl mit der stärkeren Zerklüftung der Fissuren dieser Zähne in Zusammenhang gebracht werden.

Wie auch bei allen anderen Untersuchungen ist auch von mir der erste Molar beider Kiefer als am kariesanfälligsten gefunden worden.

Um nun einen Einblick in die Karieshäufigkeit der untersuchten Gebisse zu erhalten, stellte ich fest, wieviel Gebisse im Durchschnitt bei 100 Untersuchten keine, 1—4, 5—8 und 9 und mehr erkrankte Zähne aufwiesen. Ich halte mich hierbei im wesentlichen, abgesehen von einer geringen Abweichung, an die 1904 von Röse getroffene Einteilung.

Nur 3,6 % der untersuchten Gebisse wiesen keine Karies auf, 27,2 % hatten 1—4; 46,9 % 5—8 und 22,3 % 9 und darüber erkrankte Zähne. Die zahlenmäßige Verteilung auf die einzelnen Jahrgänge zeigt die folgende Tabelle 3.

Tabelle 3.

Die durchschnittliche Häufigkeit der Kariesanfälligkeit in Prozentwerten.

Jahrgang	keine	1—4	5—8	9 u. mehr
	erkrankte Zähne			
1924	4,2	33,3	45,9	16,6
1923	—	31,2	44,4	24,4
1922	6,4	25,4	53,9	14,3
1921	1,5	27,3	40,9	30,3
1920	6,6	20	50	23,4
	3,6	27,2	46,9	22,3

Im Vorhergehenden habe ich die Kariesanfälligkeit betrachtet und wende mich nun dem gerade zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehenden Zustand der Gebisse zu.

Das zahlenmäßige Ergebnis zeigt die folgende Tabelle 4, bei deren Aufstellung ich mich im wesentlichen in ihrer Form an die Arbeit von Emmeluth halte.

Tabelle 4.

Der Zahnzustand der Marburger HJ in Durchschnittswerten für je 100 Gebisse.

	1924	1923	1922	1921	1920	Ges.-Werte
1a Gesunde Gebisse . .	4,1	—	6,3	1,5	6,6	3,5
1b Sanierte Gebisse . .	12,5	8,8	12,7	16,6	16,6	13,6
2a Lückengebisse . . .	58,3	44,4	49,2	54,5	46,6	50,4
2b Fehlende Zähne . .	108,3	94,4	100	115,1	100	103,9
3a Notgebisse*)	25	15,5	11,1	15,1	10	14,4
3b Wurzelreste	37,5	26,6	22,2	27,3	16,6	25,4
4 Füllungen	170,8	231,1	257,1	306	310	264
5. Erkrankte Zähne . .	291,6	331,1	255,5	272,7	190	270,6

*) Notgebiß = Gebiß mit Wurzelresten, deren Entfernung dringend „not"wendig ist.

Vollständig gesunde Gebisse mit den für dieses Alter erforderlichen 28 gesunden Zähnen entfielen demnach nur 3,5 auf Hundert. Rechne ich hierzu die 13,6 sanierten Gebisse, so hatte doch nur ungefähr jeder 6. Junge ein Gebiß, das z. Zt. der Untersuchung keiner zahnärztlichen Behandlung bedürftig war, ohne daß hierbei jedoch eine evtl. notwendige kieferorthopädische Behandlung berücksichtigt ist.

Erschreckend hoch ist auch die Zahl der Lückengebisse, hat doch jeder 2. Junge ein Lückengebiß. Lege ich diese Zahl zugrunde, so bedeuten die 103,9 fehlenden Zähne bei 100 Gebissen, daß bei den Jungen, denen überhaupt Zähne fehlen, durchschnittlich 2 Zähne durch Karies verloren gegangen sind. Wie sich diese fehlenden Zähne auf das Gebiß verteilen, zeigt die folgende graphische Darstellung Tafel II.

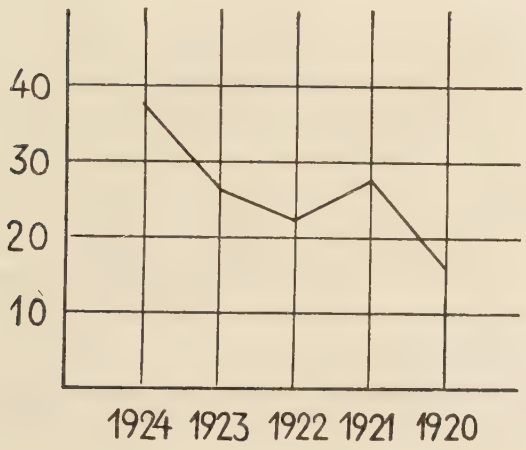
Tafel II.

Fehlende Zähne für je 100 Gebisse.

Rechne ich zu den Lückengebissen die 14,4 Notgebisse mit den 25,4 Wurzelresten, die dringend entfernt werden müssen, so verschlechtert sich dies Bild noch um ca. 25 %, wenn auch erfreulicherweise, wie die folgende Tafel III zeigt, eine gewisse Abnahme der Wurzelreste mit dem Aelterwerden festzustellen ist. Dies bedeutet wohl, daß die Jungen in höherem Alter mehr auf ihr Gebiß achten.

Tafel III.

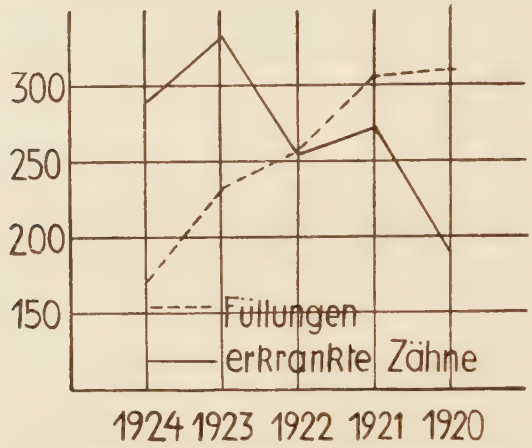
Wurzelreste auf je 100 Gebisse.



Hiermit stimmt auch erfreulicherweise überein, daß mit der Zunahme der Füllungen eine gewisse Abnahme in der Zahl der kariösen Zähne von den 14- zu den 18jährigen festzustellen ist. Um dies deutlicher zu zeigen, lasse ich diese Beziehungen in Form einer graphischen Darstellung als Tafel IV folgen.

Tafel IV.

Die Entwicklung der Zahl der Füllungen zu der Zahl der gerade erkrankten Zähne bei 100 Gebissen.



Die Zahl von durchschnittlich 2,7 erkrankten Zähnen je Gebiß ist jedoch selbstverständlich bei weitem als zu hoch anzusehen, wenn dieser Zustand auch wesentlich besser ist, als der von Schulze nach Emmeluth bei Schuluntersuchungen im Landkreis Marburg 1924—1929 festgestellte Stand von 348,8—434,9 erkrankten Zähnen auf je 100 untersuchte Kinder. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß es sich bei den Ergebnissen von Schulze um Schulkinder des Landkreises handelt, während mein Material aus der Stadt, bzw. den direkt benachbarten Dörfern stammt.

Während ich in der Tabelle 3 die durchschnittliche Häufigkeit der Kariesanfälligkeit aufgezeigt habe, untersuche ich im folgenden, dargestellt in der Tabelle 5, die Karieshäufigkeit der erkrankten Zähne ausschließlich der gefüllten oder entfernten.

Tabelle 5.

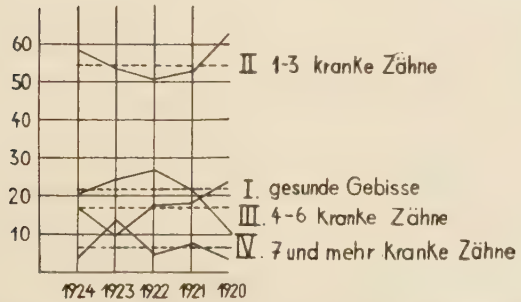
Die durchschnittliche Karieshäufigkeit der Marburger HJ im Jahre 1938 in Prozentwerten.

	1924	1923	1922	1921	1920	Ges.-Wert
I. Gesunde Gebisse . .	16,8	9	17,8	18,2	23,4	17,1
II. 1—3 kranke Zähne .	58,3	53,3	50,8	53	63,3	54,4
III. 4—6 „ „ .	20,8	24,4	27	21,2	10	21,9
IV. 7 u. mehr kr. Zähne .	4,1	13,3	4,4	7,6	3,3	6,6

Es zeigt sich dabei, daß die Kariesverteilung der im Jahre 1921 Geborenen ungefähr dem Mittel entspricht, während bei den später Geborenen die Gruppe III und IV, also 4—6 und 7 und mehr erkrankte Zähne je Gebiß überwiegt, während bei den 1920 Geborenen sich das Verhältnis zugunsten der Gruppe I und II, also zu keinem bis 3 erkrankten Zähnen verschiebt. Dies verdeutlicht die graphische Darstellung V. Die gestrichelten Linien geben dabei die Durchschnittswerte an.

Tafel V.

Die Entwicklung der Karieshäufigkeit
vom 14. zum 18. Lebensjahr.



Zusammenfassend kann ich also sagen, daß auch meine Untersuchungen die bekannt schlechten Zahnverhältnisse der heutigen Jugend wieder unter Beweis stellten. Auf die sich daraus ergebenden Folgerungen werde ich später eingehen.

Die Stellungsanomalien.

Unter den Stellungsanomalien der Kiefer und Zähne versteht man alle von der Norm, sei es mehr oder weniger stark, abweichende Stellungen der Zähne und der Form und Größe der Kiefer, sowie ihrer Lagerverhältnisse zueinander. Sie können die verschiedensten Ursachen haben.

Ich möchte hier nur auf einige maßgebende Momente kurz eingehen, da eine eingehendere Behandlung der damit zusammenhängenden Fragen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Erblich bedingt scheinen nach Korkhaus nur die echte Progenie und der Deckbiß zu sein.

Weiterhin können sie durch schlechte Angelegenheiten, besonders durch das Fingerlutschen, hervorgerufen werden.

Aber auch die Karies steht in zweifacher Weise im engen Zusammenhang mit diesen Krankheitsbildern. Einmal können durch die Karies Stellungsanomalien entstehen, z. B. durch zu frühzeitigen Verlust von Milch-, aber auch bleibenden Zähnen, besonders häufig der ersten Molaren können Kieferverkürzungen mit ihren Folgen, wie Kieferkompressionen, Engstand, Kreuzbiß, Zwangsbiß, unechte Progenie usw. auftreten.

Andererseits können aber die Stellungsanomalien auch wieder zur Karies führen. So bilden sich durch Engstand oder Kippung einzelner Zähne günstige Retentionsstellen, in denen sich Speisereste festsetzen können, die dann die Entstehung der Karies begünstigen und zum Verlust einzelner Zähne oder sogar Zahngruppen führen.

Eine einwandfreie und genaue wissenschaftliche Diagnose der Stellungsanomalien ist nur auf Grund einer längeren kieferorthopädischen Ausbildung und Erfahrung möglich. Ein Teil meiner Kollegen der jüngeren klinischen Semester, die mir bei den Erhebungen halfen, verfügten jedoch zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht über ein ausreichendes Wissen auf diesem Gebiet der Zahnheilkunde, um unanfechtbare Diagnosen stellen zu können. Wir beschränkten uns daher im Hinblick auf die diesen Fragen zukommende Wichtigkeit darauf, nur solche Stellungsanomalien anzumerken, deren kieferorthopädische Behandlung uns aus kaufunktionellen, biologischen oder kariesprophylaktischen Gründen ohne Rücksicht auf vorhandene Geldmittel unbedingt notwendig erschien, ohne dabei den Versuch zu unternehmen, eine einwandfreie Diagnose in orthodontischer Hinsicht zu stellen.

Wir fanden dabei, daß im Durchschnitt 25 % der untersuchten Gebisse einer dringenden kieferorthopädischen Behandlung bedürftig waren. Auf die einzelnen Jahrgänge verteilen sich diese Werte wie folgt: 1924 37,5 %, 1923 36,6 %, 1922 19 %, 1921 19,7 %, 1920 20 % behandlungsbedürftiger Gebisse.

Korkhaus fand nach Schiötz bei seinen Erhebungen, daß in dem von mir untersuchten Alter über 50 % aller Jugendlichen Stellungsanomalien aufweisen. Diese Abweichung von Korkhaus und meinen Ergebnissen erklärt sich wohl daraus, daß wir nur die einer unbedingt nötigen Behandlung bedürftigen Gebisse berücksichtigten und kleinere Stellungsanomalien bewußt außer Acht ließen.

Auf die sich auf Grund dieser katastrophalen Lage der Gebisse sowohl in Bezug auf die Karies als auch auf die Stellungsanomalien ergebenden Folgerungen werde ich im folgenden näher eingehen.

Folgerungen im Hinblick auf eine allgemeine Jugendzahnpflege.

Der zahnärztliche Gesundheitsdienst in der HJ kann frühestens mit dem 10. Lebensjahr einsetzen, da die Jungen erst in diesem Alter im „Deutschen Jungvolk in der HJ" zusammengefaßt werden. Er soll sich, wie anfangs näher ausgeführt wurde, nach seinem endgültigen Auf- und Ausbau auf eine zahnärztliche Ueberwachung der in der HJ zusammengefaßten Jugend erstrecken. Eine Behandlung findet dabei nur für die während eines Lagers auftretenden Zahnkrankheiten statt.

Im Alter von 10 Jahren ist der Zahnverfall bereits sehr stark fortgeschritten, wie alle Untersuchungen immer wieder beweisen. Die Auswertung von Untersuchungen des Zahnärztlichen Institutes an den höheren Schulen Marburgs im Jahre 1937 ergab nach M. Schreier, daß die Sextaner, also etwa 10 Jahre alten Schüler, durchschnittlich 4,1 erkrankte Zähne aufwiesen. Eine wirklich erfolgversprechende Jugendzahnpflege darf also nicht erst in diesem Alter einsetzen.

Wie die Untersuchungen meiner Kollegin I. Damm an Kleinkindern während des Jahres 1938 gezeigt haben, beträgt der Hundertsatz der an Karies erkrankten Gebisse bei den im Alter von 4—5 Jahren untersuchten Kindern in Marburg-Lahn 59,05 %. Bei einem 3jährigen Kind sind durchschnittlich 0,75, bei einem 5jährigen 3 Milchzähne erkrankt. Dieses Ergebnis verschlechtert sich nach I. Damm dann noch, wenn noch die Kieferanomalien in den Kreis der Betrachtung einbezogen werden, da dann in dem Alter von 2—5 Jahren nur noch ca. 30 % der untersuchten Kinder sowohl kariesfreie als auch kieferorthopädisch gesunde Gebisse aufwiesen.

Diese Ergebnisse lassen es ratsam erscheinen, mit einer Zahn- und Mundpflege schon im frühesten Kindesalter zu beginnen und nicht erst dann, wenn das Kind das schulpflichtige Alter bereits erreicht hat.

Nach den oben erwähnten neueren Anschauungen über das Wesen der Karies auf Grund der in der Ernährung gegebenen Momente wird die Struktur des Zahnes und damit die Kariesresistenz bereits wesentlich intrauterin bestimmt. Eine Bekämpfung der Karies hat deshalb, im Hinblick darauf, daß Vorbeugen besser als Heilen ist, besonderen Wert, wenn auch auf eine vernünftige Ernährung der werdenden Mütter geachtet wird. Dies kann wohl nur dadurch erreicht werden, daß man die Frauen in der NS-Frauenschaft, dem Deutschen Frauenwerk und in Mütterschulungskursen immer wieder auf diese Momente hinweist.

Ein ebenso großer Wert ist auch auf die spätere Ernährung des Kleinkindes wie des Jugendlichen zu legen, denn in den Zähnen wirken sich Ernährungsstörungen mit am katastrophalsten aus. Der Zahn ist nach seiner fertigen Bildung in seinen Hartsubstanzen kein totes Objekt, sondern ein lebender Teil des Körpers und den mannigfachsten Veränderungen unterworfen, die sich, wie die Schröder'sche Schule nach Keil bewiesen hat, selbst noch im Schmelz auswirken.

Weiterhin müssen die Kinder zu einer vernünftigen Zahnpflege erzogen werden. Die Aufklärung hat sich hierbei in erster Linie wieder an die Mütter zu wenden. Eine direkte Einwirkung auf die Kinder scheint mir erst nach mehrjährigem Schulbesuch erfolgversprechend zu sein. Diese Zahnpflege muß sich neben dem Zähneputzen beim Kleinkind auch bereits auf eine regelmäßige zahnärztliche Ueberwachung und Behandlung erstrecken, damit ein vorzeitiger Milchzahnverlust und damit ein großer Teil der Stellungsanomalien verhindert wird.

Von Schulbeginn ab sollten die Gebisse in halbjährlichen Abständen zunächst in den Schulen und später in der HJ bis zur Militärzeit von Zahnärzten überwacht werden. Hierbei ist neben der Karies besonders wieder auf die Stellungsanomalien zu achten, um diese möglichst frühzeitig einer Behandlung zuführen zu können. Hand in Hand hiermit muß eine Behandlungspflicht bestehen, die in einem nationalsozialistischen Staate als durchaus durchführbar anzusehen ist.

Daß es auch, volkswirtschaftlich gesehen, praktischer ist, eine planmäßige Zahnpflege durchzuführen, zeigt eine Kostengegenüberstellung, die Wagner 1938 veröffentlicht hat. Danach arbeitet die planmäßige Schulzahnpflege in Mainz mit einem Kostenaufwand von rund 2 RM je versorgtes Kind im Jahr. Bei 12000 Schulkindern sind also im Jahr für die zahnärztliche Ueberwachung und Behandlung aller Kinder 24000 RM erforderlich. Ein Kind kostet während seiner 8jährigen Schulzeit 16 RM.

Demgegenüber erforderte eine einmalige Spätsanierung von 558 Lehrlingen der Gebrüder Sulzer A.-G. durchschnittlich 57 RM je Lehrling. Das ist ungefähr das $3^1/_2$fache dessen, was bei einer planmäßigen Schulzahnpflege hätte ausgegeben werden müssen, ganz abgesehen davon, daß bei den Lehrlingen ein bedeutend weitergehender Zahnverlust entstanden war, der in vielen Fällen sogar eine prothetische Versorgung nötig machte.

Viele Vorschläge für eine planmäßige deutsche Jugendzahnpflege sind in den letzten Jahren gemacht worden, und manche Gesetzesvorschläge liegen bei den betreffenden Ministerien. Manche erfreuliche Ansätze sind in der Richtung vorhanden, aber damit ist es nicht getan, es muß endlich auch im Hinblick auf die Wehr-

kraft des deutschen Volkes Durchgreifendes geschehen. Es geht um zwei der höchsten Güter des deutschen Volkes, seine Jugend und seine Gesundheit.

Möge das Jahr 1939, das Jahr der Gesundheitspflicht der HJ, auch hierfür die Voraussetzungen schaffen!

Zusammenfassung.

Zusammenfassend ist zu sagen:

1. Durchschnittlich sind bei den von mir untersuchten Gebissen der Marburger HJ im Alter von 14—18 Jahren 6,105 Zähne von der Karies befallen. Die Gebisse wiesen 1,04 fehlende Zähne, 2,64 Füllungen und 2,7 zum Zeitpunkt der Untersuchung erkrankte Zähne auf.
2. Einer dringend notwendigen kieferorthopädischen Behandlung bedurften 25 % aller Gebisse.
3. Die zahnärztliche Betreuung der HJ kann ihrer ganzen Natur nach erst im Alter von 10 Jahren einsetzen. Nach ihrem endgültigen Auf- und Ausbau ist damit zu rechnen, daß sie von diesem Alter ab die in sie gesetzten Hoffnungen erfüllt.
4. Da der Zahnverfall jedoch bereits im Milchgebiß beginnt, hat eine Jugendzahnpflege bereits im frühesten Kindesalter einzusetzen. Ihre Fortsetzung muß sie dann im Alter von 6 Jahren als planmäßige Schulzahnpflege finden.

Am Schluß meiner Arbeit möchte ich Herrn Professor Dr. Fliege für die freundliche Ueberlassung des Themas danken.

Weiterhin danke ich dem Hauptreferenten für zahnärztliche Fragen der RJF, Bannführer Dr. Kientopf, und dem früheren Bannarzt des Bannes 224, Dr. Schulte, für ihre wertvolle Förderung meiner Arbeit.

Schrifttum.

Bunting, Report of the Michigan Group Researches on Dental Caries. Referat auf dem Internationalen Zahnärztekongreß. Wien 1936. Urban u. Schwarzenberg, Wien-Berlin.

Damm, I., Das Gebiß des Kleinkindes. Diss. Marburg 1939.

Emmeluth, Die Versorgung des Gebisses der Schulkinder im Landkreis Marburg. Rückblick und Ausblick. Diss. Marburg 1936.

Euler, Ueber den Einfluß der Ernährung auf Kiefer und Zähne. Dtsch. Zahnärztl. Wschr. 1933, H. 41.

Keil, Neue Beiträge zur histologischen Kariesforschung. II: Zur Frage Schmelzstruktur und Kariesanfälligkeit. „Kampf der Karies" 4. Jahrg. 1939, Nr. 5.

Kientopf, Fünf Jahre zahnärztlicher Dienst in der Hitlerjugend. „Deutsche Jugendzahnpflege" 26. Jg. Nr. 2, 1938.

Korkhaus, Aetiologie der Stellungsanomalien, Vererbung der Stellungsanomalien. Handwörterb. d. ges. Zahnheilkunde, Bd. IV, Barth, Leipzig u. Meußer, Berlin.

— Zahnkaries und Vererbung. Dtsch. Zahnärztl. Wschr. 1929, H. 23.

Miller, Ueber die Karies der Zähne. Korrespondenzbl. Zahnärzte 1884, H. 2.

Richter, Die Wechselbeziehungen zwischen Ocklusionsanomalien und Karieshäufigkeit bei der Schuljugend von Liegnitz. „Deutsche Jugendzahnpflege" 26. Jg. 1938 Nr. 2.

Röse, Zahnverderbnis und Militärtauglichkeit. Dtsch. Mschr. Zahnheilk. 1904 H. 3.

Schiötz, E. H., Zahnkaries und Ernährung. „Kampf der Karies", Jg. 4, 1939, H. 2—4.

Schreier, Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung an den höheren Schulen Marburgs. Diss. Marburg 1939.

Schröder, Ueber neuere Ergebnisse der Kariesforschung. Vortrag auf dem 9. Dt. Zahnärztetag. „Kampf der Karies", Jg. 3, 1938, Nr. 10.

Wagner, Arzt und Zahnarzt in der Zahngesundheitsfürsorge für die heranwachsende Jugend. „Dtsch. Jugendzahnpflege", 26. Jahrg. 1938 Nr. 11, 12.

Reichsjugendführung, Die Gesundheitsordnung der Hitlerjugend vom 1. Mai 1939.
Informationsblätter für HJ-Zahnärzte und Aerztinnen über die „Handhabung des zahnärztlichen Dienstes bei HJ und BDM vor dem 1. 12. 1936".

Lebenslauf.

Am 14. Juni 1916 wurde ich in Braunschweig als Sohn des Dentisten Oskar Buck und seiner Ehefrau Helene, geb. Mewald, geboren und besuchte daselbst die Grundschule. Ab Ostern 1926 war ich Schüler des Reform-Realgymnasiums meiner Vaterstadt, an dem ich im Frühjahr 1935 die Reifeprüfung ablegte. Nach Ableistung meines Arbeitsdienstes widmete ich mich vom W.-S. 1935/36 an in Göttingen dem Studium der Zahnheilkunde. Am 15. April 1937 bestand ich daselbst das Zahnärztliche Vorexamen. Nach meinem 4. Semester verließ ich Göttingen, um mein Studium im W.-S. 1937/38 in Marburg fortzusetzen. Am 13. Mai 1939 bestand ich hier die Zahnärztliche Staatsprüfung und erhielt darauf meine Approbation.

Meine akademischen Lehrer waren die Professoren und Dozenten:

Universität Göttingen: Brednow, Brockmann, Fuchs, Gruber, Hausam, Lehnartz, Pohl, Rebel, Schirmer, Stadtmüller, von Wartenberg, Windaus.

Universität Marburg: Baumann, Becker, Elbrecht, Fliege, Gremels, Heuser, Lauber, Loebell, Pfannenstiel, von Reckow, Rix, Ruete, Versé.